

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
N° P19- 068559

☒ Maladie
☐ Dentaire
☐ Optique
☐ Autres

49321

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5092 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUATE Abderrahmane

Date de naissance : 26/07/1957

Adresse : Lotissement ATTADAMOUNE Rue 1 Imm. 80
N° 4 EL OUAFA Casablanca

Tél. : 0615 527405 Total des frais engagés : 958,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 26/11/2022

Nom et prénom du malade : Sabiri Souad Age: 66

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhumatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 26/11/22

Signature de l'adhérent(e) : 

Dr. LAMZALAH YASSINE
Rhumatologie
Sid: Mabrouf 4, Rue 36 N°4, 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 83 12 13

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/11/20	consultation		250DH	
26/11/2020	Echographie de genoux droite		250DH	

26/M/26 consultation 250DH
26/M/26b Echographie de genou
droite 250DH

IMPRIMERIES
Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

6 M 22 1 - 458,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

LM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET MONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRE	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr Yassine LAMZALAH

Médecin Spécialiste en Rhumatologie
Médecin des os, des Articulations,
et de la colonne Vertébrale



الدكتور لمزالاه ياسين

أخصائي في أمراض الروماتيزم
العظام و المفاصل و العمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systémique (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo - articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

- التهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)
- أمراض العمود الفقري (باريس)
- الفحص بالصدى (البيج)
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- أمراض هشاشة العظام

ZENITH Pharma
AMM N° 456/17 DMP/21/NR.Q



6 113001 271214

PPV : 283,00 DH

Casablanca le : 26/11/2023

Nom :

283.00

M. Sabiri Saoud

AS

PPC : 149,50 DH

curarti forte®
comprimé

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

305009
02/2023

non drogul

149.50

21

1 gel x 21 j

curarti

AS

1 gel x 21 j

15 jour

PHARMACIE RESIDENCE ANNAM
Siham GUERRAOU
Docteur en Pharmacie
Résidence Annam - Galfa
tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء

Sidi Maârouf 4, Rue 36 N° 4, 1^{er} étage - Casablanca - Tél : 05 22 83 12 13

E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

3/ 13,20x2.

A1 gik up



1 cp - ah

1 cp - ichi

15 Jan

1-458,90

Dr. LAMZALAH yassine
Rhumatologie
Sdi Maarouf 4, Rue 36 N°4, 1er Etage
Casablanca - Tel.: 05 22 83 12 13

PHARMACE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUERRAOUI
Docteur en Pharmacie
4, Residence Annaïm - Oulfa
Tel. 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr Yassine LAMZALAH

Médecin Spécialiste en Rhumatologie
Médecin des os, des Articulations,
et de la colonne Vertébrale



الدكتور لمزالاه ياسين

أخصائي في أمراض الروماتيزم
العظام و المفاصل و العمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systémique (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo - articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

- إتهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)
- أمراض العمود الفقري (باريس)
- الفحص بالصدى (البيج)
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- أمراض هشاشة العظام

Casablanca le : 26/11/2022

Facture

Nom :

M^{re} Sabiri Souad

Acte :

consultation 250DH

+

Echographie de genou droite 250DH

Arrêtée la présente facture à la

Somme de 500DH

Dr. LAMZALAH yassine
Rhumatologie
Sidi Maârouf 4, Rue 36 N°4, 1^{er} Etage
Casablanca - Tél.: 05 22 83 12 13

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء

Sidi Maârouf 4, Rue 36 N° 4, 1^{er} étage - Casablanca - Tél : 05 22 83 12 13

E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

DONNEES PATIENT

NOM
DATE DE NAISSANCE
SEXE

SABIRI SOUAD

PRENOM
AGE

IDENTIFICATION
NUMERO DE DOSSIER
DESCRIPTION DE L'EXAMEN
MEDECIN OPERATEUR

DATE EXAMEN
MEDECIN REFERENT
DIAGNOSTIC
DATE DU RAPPORT

26 11 2020

26 11 2020

OBSERVATIONS

Conclusions

ECHOGRAPHIE GENOU DROIT
ABSENCE D EPANCHEMENT AU CUL DE SAC SOUS QUADRICIPITALE, MEDIAL ET LATERAL
INTERLIGNES ARICULAIRES FP ET FTE D ASPECT NORMAL
ARTHRITIS DEBUTANTE EN FTI
ABSENCE DE SIGNES DE RHUMATISME METABOLIQUE
DISCRET KYSTE POPLITE
AU TOTAL
ARTHROSE DEBUTANTE EN FTI
DISCRET KYSTE POPLITE

IMAGES ATTACHEES



